

CARTA DE ASISTENCIA

A quien corresponda:

Su nombre ha sido dado a **CrossOver Healthcare Ministry** con respecto a la ayuda que Ud. le provee a
(Nombre de la Clínica)

(Nombre del paciente)

Para completar la determinación de elegibilidad que nos permite proveer algún cuidado necesario y/o medicina, necesitamos que usted complete la parte abajo de esta carta. Usted necesita **firmar esta carta delante de un notario público**. Puede encontrar un notario público en un banco, funeraria o juzgado. Por favor dé la forma notariada a la persona para quien provea asistencia para que él/ella pueda traerla a nuestra clínica a su próxima cita.

Apreciamos su cooperación con este asunto y le aseguramos que toda la información que nos da se guardará de manera confidencial.

Yo _____ le proveo a _____ con
(Su nombre) (nombre del paciente)
_____ a partir de _____
(tipo de asistencia, por ejemplo, de vivienda, comida, gastos, etc.) (fecha)

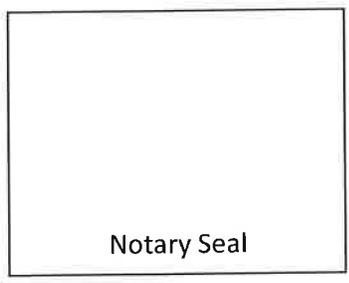
Su parentesco al paciente: _____ Amigo/a
_____ Pariente
_____ Otro (hay que explicar) _____

No soy responsable por sus facturas médicas ni otros gastos relacionados con la salud.

(Firma de Usted)

(Su nombre escrito en letra de imprenta)

(Fecha)



Given under my hand this ____ day of _____,
in the county/city of _____.
Notary Public # _____
Notary Signature _____
My commission expires, _____